



Économie publique/Public economics

13 | 2003/2
Varia

L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France – commentaire de l'article de J. Newhouse

Roland Cash, Michel Grignon et Dominique Polton



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/262>
ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 juillet 2004
ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Roland Cash, Michel Grignon et Dominique Polton, « L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France – commentaire de l'article de J. Newhouse », *Économie publique/ Public economics* [En ligne], 13 | 2003/2, mis en ligne le 04 janvier 2006, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/262>

économie publique

études et recherches

Revue de l'Institut d'Économie Publique

Deux numéros par an

n° 13 - 2003/2



économiepublique sur internet : www.idep-fr.org > Publications

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Imprimé en France.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496

Dépôt légal en cours

L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France – commentaire de l'article de J. Newhouse

Roland Cash *

Michel Grignon **

Dominique Polton ***

Introduction

Dans son article, Joseph Newhouse tire des leçons, avec deux décennies de recul, des modifications des systèmes de paiement des soins intervenues dans le programme Medicare depuis 1983. Nous proposons ici de replacer ce bilan de l'expérience Medicare dans le cadre de la réforme du paiement des hôpitaux engagée en France.

Nous commencerons par évoquer les trois points soulevés dans l'article de Newhouse : la question de la puissance des systèmes de paiement (section 1), celle des reports de charge sur d'autres producteurs et, plus globalement, de la cohérence des modes de paiement pour différents segments de la filière de soins (section 2) et, enfin, la fixation des tarifs et la prise en compte de l'innovation technologique dans leur actualisation (section 3). Dans une dernière section, nous passerons en revue des questions spécifiques au cas français, qui ne se posaient pas dans le contexte américain.

Auparavant, rappelons brièvement les grandes lignes du projet de réforme de la tarification des hôpitaux en France : après quelques années d'expérimentation, est engagée depuis le 1^{er} janvier 2004, dans les hôpitaux publics (et à partir du 1^{er} octobre dans les cliniques privées), une tarification à l'activité se fondant notamment sur les forfaits par groupes homogènes de séjours (GHS). La montée en charge est prévue sur 8 ans, délai à partir duquel les tarifs devraient être

*. Ministère de la Santé/Mission T2A.

**. CREDES.

***. CREDES. Adresser la correspondance à Dominique Polton, CREDES, 10, rue Vauvenargues, 75018 Paris, polton@credes.fr

harmonisés sur le territoire. Le dispositif prévoit divers compléments de financement, outre les tarifs par GHS, parmi lesquels les journées de réanimation, la tarification spécifique pour les services d'urgences, la possibilité de facturer en sus certains médicaments et dispositifs médicaux coûteux. Une enveloppe financière spécifique, dont l'évolution ne sera pas liée à l'activité des établissements, est également prévue pour les missions d'intérêt général. Ces missions recouvrent des fonctions aussi diverses que les transports médicalisés d'urgences, les écoles d'infirmières ou les fonctions d'enseignement et de recherche.

1. La puissance du système de paiement

La puissance du système de rémunération est définie par la fraction que peut garder un producteur des économies qu'il réalise (ou à l'inverse, la fraction de ses surcoûts qui ne sont pas compensés).

Dans un système fondé sur le remboursements des coûts constatés (donc *ex post*), qui a longtemps représenté le mode de financement dominant des hôpitaux, aussi bien aux États-Unis dans le programme Medicare qu'en Europe, la puissance est nulle : l'hôpital ne garde aucune des économies qu'il génère et à l'inverse ses surcoûts éventuels sont intégralement compensés. Les deux dernières décennies ont été marquées, dans tous les pays, par le souci d'évoluer vers des systèmes de rémunération plus incitatifs à l'efficacité pour les producteurs de soins, c'est-à-dire d'accroître la puissance des systèmes de paiement. Une condition nécessaire pour accroître la puissance est de transférer une partie du paiement en amont de l'activité de l'hôpital. En effet, en substituant (partiellement) au remboursement *ex post* des coûts constatés un paiement forfaitaire *ex ante* fondé sur une connaissance du coût moyen des cas similaires (avant que l'hôpital ne connaisse exactement les coûts pour un cas précis), sont accrues à la fois la responsabilisation de l'hôpital et sa capacité à s'approprier des marges. Pour cette raison, les paiements à puissance non nulle sont appelés paiements prospectifs. Le paiement mis en place par Medicare en 1983 est appelé *Prospective Payment System* (PPS).

De ce point de vue, comme le développe Newhouse, plus le niveau d'agrégation du service sur lequel porte le paiement prospectif augmente, plus les marges d'efficacité que le producteur est incité à mobiliser augmentent. Le régulateur a intérêt, de ce point de vue, à forfaitiser au maximum le paiement pour un service donné. Mais la difficulté, dans le secteur de la santé, à spécifier et à vérifier le produit sur lequel porte le paiement conduit, à l'inverse, à limiter la forfaitisation du paiement, car plus le forfait est développé (il n'existe donc pas de rémunération supplémentaire pour des services supplémentaires), plus les offreurs sont incités à diminuer la qualité là où elle n'est pas observable, à sélectionner les bons

risques et à externaliser, s'ils le peuvent, certains services sur d'autres producteurs (médecins de ville, par exemple).

En théorie, la puissance maximale (100 %) serait obtenue avec un système où, pour une situation clinique donnée, un forfait unique serait versé à l'hôpital – à charge pour lui de choisir le mode de traitement et de combiner au mieux les éléments de la fonction de production.

Dans la pratique, pour les raisons indiquées plus haut, le paiement prospectif par Diagnostic Related Groups (DRG) ou, dans la version française, la Tarification À l'Activité (T2A) se situent entre ces deux extrêmes, dans la mesure où les forfaits sont différenciés non seulement en fonction des situations cliniques de départ, mais également en fonction des choix thérapeutiques opérés (traitement chirurgical ou médical notamment). Cela conduit à diminuer sensiblement la puissance du système, puisque, comme le signale l'article de Newhouse, Mc Clellan (1997) l'estime à 45 %.

Le nombre de catégories (de prix différents, par conséquent) est évidemment un premier élément de la puissance du système. De ce point de vue, la classification française pourrait sembler *a priori* plus puissante, avec 694 GHS contre 1 100 catégories de séjours dans la classification All patients – Refined – DRGs (AR-DRG) utilisée par Medicare (marquant une évolution assez sensible à la hausse par rapport au premier système des DRGs mis en place en 1983, qui comportait environ 500 catégories). On peut cependant penser que le système français suivra aussi une voie d'augmentation du nombre de GHS, donc de diminution de la puissance.

La T2A fait aussi intervenir des éléments complémentaires qui réduisent la puissance du système, tels que la facturation séparée d'un certain nombre d'éléments qui impliquent des surcoûts significatifs pour une fraction des séjours d'un GHS, générateurs d'inégalités de traitement entre hôpitaux, autrement dit d'une perte pour les uns et d'une rente pour d'autres.

Il s'agit notamment :

- des soins de réanimation, assortis d'un tarif forfaitaire par journée passée en réanimation¹. Pour limiter le caractère discrétionnaire du passage en réanimation, le paiement de tarifs journaliers supplémentaires est conditionné à la valeur d'un indice de gravité, calculé pour tous les patients en réanimation, et supérieur à un certain seuil, ainsi qu'à la présence d'un acte

1. la journée de réanimation a été valorisée sur la base stricte du coût observé dans un échantillon d'établissements participant à une expérimentation (voir section 4), au total une vingtaine d'établissements avec réanimation. Pour les quelques GHS impliquant automatiquement un recours à la réanimation (comme la chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle ou les greffes...), on valorise d'emblée le GHS sans possibilité (ni besoin, du reste) pour l'établissement de facturer un supplément de réanimation.

marqueur spécifique d'une activité de réanimation (suppléances fonctionnelles) ; de la même manière, des facturations supplémentaires sont prévues à terme pour les soins intensifs et la surveillance continue ;

- de certains médicaments coûteux (par exemple certaines molécules de chimiothérapie). Le dispositif imaginé pour encadrer ces facturations en sus des forfaits est intéressant à analyser : d'une part, afin de maintenir une incitation pour les acheteurs hospitaliers à négocier les prix, le médicament n'est pas remboursé à son prix d'achat : l'hôpital peut garder, en sus, une marge correspondant à une fraction de l'écart entre le prix qu'il a négocié et le prix plafond fixé au niveau national. D'autre part, le remboursement de ces médicaments en plus du forfait par GHS est subordonné au respect de bonnes pratiques sur lesquelles l'hôpital s'engage contractuellement (dispensation nominative, informatisation, protocoles de bon usage, préparation centralisée des cytostatiques...) ; à défaut, le taux de remboursement peut être abaissé jusqu'à 70 % ;
- de certaines prothèses, avec un dispositif similaire à celui décrit ci-dessus pour les médicaments onéreux.

Il pourrait être intéressant, au final, de mesurer la puissance du système de la T2A – avec un nombre de catégories relativement limité mais des facturations complémentaires possibles en fonction des choix de traitement – et de la comparer avec le PPS mis en œuvre pour Medicare, en reproduisant le calcul « à la McClellan » sur le cas français².

Il n'est évidemment pas question de prendre la puissance du PPS de Medicare comme un étalon ou une référence pour la T2A française. De nombreuses raisons peuvent expliquer le choix d'une puissance globale différente d'un environnement à un autre. Rappelons en effet que la détermination de la puissance pose un dilemme entre, d'une part, le coût de production et, d'autre part, la qualité du service fourni. Or, les termes de ce dilemme dépendent évidemment de manière cruciale de la capacité de l'acheteur du service (le régulateur dans le cas du PPS ou de la T2A, mais il peut aussi s'agir d'un plan de santé) d'évaluer d'une part l'effort du producteur et d'autre part la qualité du service fourni ; cette capacité dépend à son tour de la nature intrinsèque du service, comme le souligne l'article de Newhouse, mais aussi d'éléments plus contingents au contexte social et économique.

En premier lieu, un régulateur national (cas de la T2A) ou fédéral (cas du PPS)

2. La méthode de calcul de puissance consiste à régresser, sur données individuelles de séjour, le montant du remboursement perçu sur le montant du coût (analytique). Le coefficient linéaire de la régression par les moindres carrés donne, dans le cas américain, pour 1990, une valeur de 0,55, indiquant une puissance de 45 % (McClellan, 1997, page 112) ; en 1987, le coefficient valait 0,39, soit une puissance supérieure (61 %). La puissance estimée dépend évidemment de la spécification retenue pour le modèle (avec ou sans effet d'hétérogénéité individuelle, en excluant ou non les cas extrêmes, etc.).

devra certainement élever le niveau de puissance plus qu'un acheteur local, parce qu'il dispose de plus d'éléments permettant d'évaluer la qualité que pour contrôler l'utilisation efficiente des ressources : aux USA, les soins hospitaliers des patients ne relevant pas de Medicare (soit les jeunes non handicapés) ni de Medicaid (les non pauvres) sont payés par des plans de santé locaux, dont un grand nombre continuent de payer au prix de journée c'est-à-dire par un remboursement *ex post* des coûts à puissance nulle, mais la proximité géographique et leur connaissance du marché local permettent de surveiller la conformité des factures relatives aux durées. En ce sens, choisir la T2A, c'est peut-être opter pour plus de puissance qu'il n'est nécessaire dans un système de pilotage local par des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), mais au cours des dernières années, ces Agences étaient contraintes par le système antérieur de dotation globale, le budget étant reconstitué essentiellement sur une base historique (cf. *infra*).

Par ailleurs, la capacité d'évaluation du service hospitalier par un payeur extérieur (quel qu'il soit, cette fois-ci) est fortement affectée par le type d'organisation du travail au sein des hôpitaux : l'idée même du paiement prospectif repose sur l'hypothèse que le produit (qualité) est plus observable que l'effort, à savoir que les coûts de transaction sont plus faibles que les coûts de surveillance (cf. Coase, 1937, qui explique l'émergence de la firme dans le cas où l'effort est plus facile à surveiller que le produit). Or, on conçoit aisément que, tant l'observation de l'effort que celle de la qualité sont contingentes à un mode d'organisation du travail, dans la standardisation des pratiques et la normalisation des résultats. Comme il est probable que les hôpitaux français diffèrent notablement de leurs équivalents américains, il n'y aurait rien d'étonnant à ce que le niveau optimal de puissance diffère en France des 45 % obtenus par Mc Clellan (1997).

Au total, il sera intéressant de calculer cette puissance de la T2A et de la mettre en relation avec les autres éléments du système hospitalier en France, par comparaison avec la situation aux USA.

2. Les risques de report de soins et de charges sur des secteurs où les coûts sont remboursés (ou moins forfaitisés)

Newhouse illustre, sur le cas américain, les prédictions de la théorie économique relative aux incitations générées par un paiement plus forfaitaire : lorsque le contenu du service relatif à l'objet du paiement est mal défini (i.e. les soins fournis dans le cadre d'un séjour hospitalier en service aigu pour les DRGs), le producteur tend à diminuer les services fournis dans le cadre du forfait et à en transférer la responsabilité sur d'autres.

Le fait qu'aux États-Unis, la formidable baisse de la durée de séjour à l'hôpital, consécutive à la mise en place des DRGs, se soit accompagnée d'une explosion des soins de suite et des soins à domicile – conduisant d'ailleurs à un taux de croissance global du programme inchangé – traduit bien un transfert de services du court séjour vers le moyen séjour. L'incitation à ce report est d'autant plus grande que les soins de suite restent sur un régime de remboursement des coûts.

Le problème général posé est, ici, celui de la cohérence des systèmes de paiement correspondant à différents segments de la filière de soins suivie par un malade – l'absence de cohérence pouvant annihiler les bénéfices tirés d'un mode de paiement pour un offreur de soins particulier, fût-il optimal.

De nombreux autres exemples de ces problèmes de cohérence sectorielle ont été documentés dans des contextes nationaux variés. Dans le domaine de la médecine ambulatoire par exemple, on sait que forfaitiser la rémunération des généralistes (capitation) tout en maintenant la rémunération à l'acte pour les spécialistes génère une augmentation de la fréquence des référés (Krasnik et al. (1990)).

L'expérience américaine est intéressante à analyser dans son déroulement, dans la mesure où la réponse des régulateurs à la hausse des soins de suite et des soins à domicile, liée à ce phénomène de transfert, a conduit le Gouvernement, en retour, à accroître la puissance des systèmes de paiement dans ces deux secteurs, en introduisant des forfaits par journée ou par épisode de soins. Newhouse montre cependant que ceci n'est pas sans risque, car dans des secteurs où le contenu du produit est encore plus mal défini que pour les soins hospitaliers, l'incitation à la fois à diminuer les services et à sélectionner les risques est forte. Si la première n'est pas documentée, la seconde semble, en revanche, bien avérée.

Une conclusion générale s'impose : plus le service à fournir est mal défini, moins le système de paiement doit être puissant et plus il est préférable de se rapprocher d'un remboursement des coûts. Mais cela est en contradiction avec ce qui précède, puisque la coexistence de modes de paiement avec des puissances variables en fonction des différents segments de la filière est justement à l'origine de reports de services et de charges.

Comment se pose la problématique dans le cas français ?

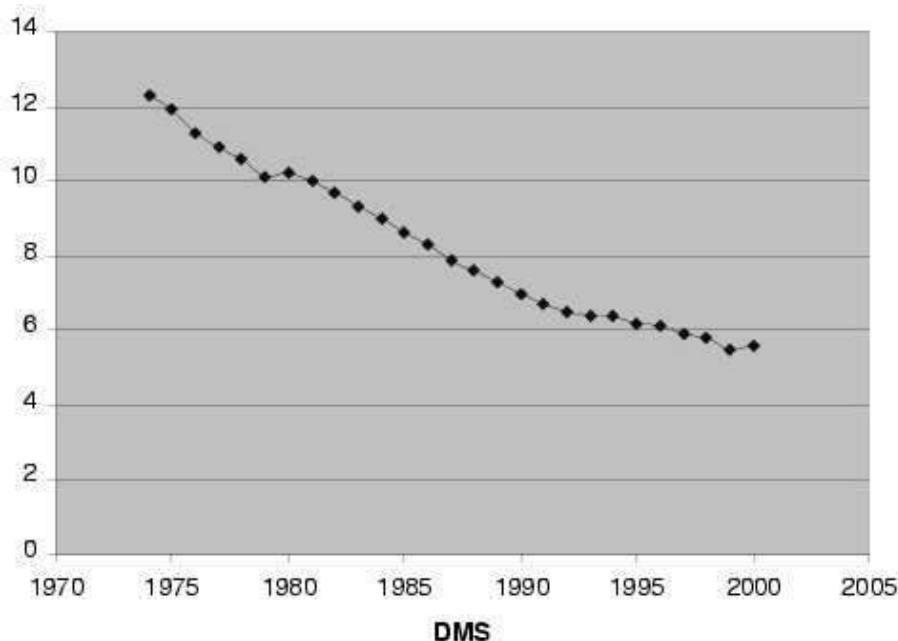
Les effets à craindre sont en partie les mêmes, c'est-à-dire que le paiement forfaitaire par GHS devrait conduire à accélérer encore la baisse des durées de séjour et conduire les établissements et services de soins aigus à reporter des soins sur les services et établissements de soins de suite et de réadaptation, ou sur la médecine de ville pour des soins à domicile post-hospitaliers. Il est vrai qu'une évolution du système de paiement est prévue, en parallèle, pour les soins de suite et de réadaptation, avec une tarification fondée sur un forfait journalier variant en fonction des caractéristiques du patient et des traitements (avec une classification

actuelle en 278 groupes homogènes de journées). Mais il y aura en tout état de cause un décalage temporel entre les mises en œuvre effectives des deux systèmes.

Cependant, une différence importante avec Medicare réside dans la dynamique du changement opéré par rapport aux situations pré-existantes.

Pour Medicare en effet, le paiement prospectif par DRG s'est substitué à un système de remboursement des coûts, et le mouvement est identique pour les soins de suite et les soins à domicile.

Figure 1 : Baisse de la durée de séjour en France (en nombre de jours par séjour), avant la T2A. (Évolution de la durée moyenne de séjour en MCO tous établissements confondus.)



En France, la situation est différente et plus complexe.

Dans les hôpitaux publics, le paiement, au groupe homogène, des frais de séjour se substitue à une dotation globale très encadrée c'est-à-dire au système de paiement forfaitaire, par excellence, – un mode de paiement d'ailleurs non défini en fonction du service rendu³, ce qui le rend évidemment très contestable. La

3. Il aurait pu l'être, car l'information sur l'activité en groupes homogènes de malades est connue depuis plusieurs années, mais l'utilisation de cette information par les Agences régionales de l'hospi-

dynamique est inverse en regard du contexte américain, et l'incitation à externaliser des services et des charges apparaît déjà présente dans les hôpitaux publics. Dès lors, on peut penser qu'une partie de ces effets de report a déjà eu lieu – même s'ils n'ont guère été, malheureusement, documentés et quantifiés de manière sérieuse⁴, mais seulement évoqués dans des argumentaires d'acteurs : il est néanmoins possible d'établir un parallèle, dans le graphique présenté en annexe avec la baisse de la durée des séjours, en France, hors de tout système de T2A. Ces phénomènes de transfert ne concernent d'ailleurs pas seulement l'aval de l'hospitalisation, mais aussi l'amont, ce dernier aspect n'étant pas abordé dans l'article de Newhouse⁵. Les médecins libéraux ont notamment fait valoir que la croissance des dépenses de médecine de ville, après la mise en place du budget global, était imputable à ces transferts de charges (externalisation notamment par l'hôpital des bilans et examens pré-hospitaliers, antérieurement réalisés pendant le séjour). De ce point de vue, le passage au paiement par GHS ne semble pas *a priori* fournir d'incitation complémentaire ; néanmoins, les hôpitaux connaissent actuellement des situations budgétaires très différentes et ceux qui devront rechercher les gains de productivité les plus importants transféreront peut-être ces marges de report vers d'autres acteurs de la filière de soins.

La situation est toute autre pour les cliniques privées qui représentent, rappelons-le, un tiers des lits d'obstétrique et près de la moitié des lits de chirurgie. Le paiement prospectif par cas vient ici se substituer à une facturation détaillée, avec des éléments à la journée, des éléments dépendant des actes pratiqués, des consommables facturés en sus, etc. Il comporte donc une incitation à la réduction des services fournis dans le cadre du forfait et à leur report sur d'autres acteurs. L'incitation sera ici plus forte qu'aux USA puisque les cliniques verront la totalité de leurs séjours rémunérés au paiement prospectif alors que les établissements américains ne sont payés de la sorte que pour les patients relevant des systèmes publics de couverture (Medicare et Medicaid).

Pour les soins en aval de l'hospitalisation, un autre élément de variabilité intervient, à savoir le statut des services de soins de suite et de réadaptation. Ces services peuvent être dispensés soit dans des hôpitaux dispensant aussi des soins aigus (42 % des lits), soit au sein d'établissements autonomes de statut privé participant au service public (33 %), soit, enfin, dans le cadre des établissements

talisation pour répartir les dotations globales – dans une logique de concurrence par comparaison – a été limitée.

4. Tout juste peut-on citer une étude non publiée du CREDES (Doussin et Grignon, 2000), montrant, sur la base de l'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux, que la durée de séjours en soins aigus (médical, chirurgical, obstétrique) dépend de manière cruciale, dans le secteur public, de la disponibilité régionale en lits de suite.

5. Le problème s'est pourtant posé aux USA, comme le montre la contribution de Ellis (2002), la part des soins ambulatoires (soins externes ambulatoires et soins de médecins) dans la dépense totale de Medicare étant passée de 29 % en 1980 (avant le PPS) à 34 % en 1996.

privés à but lucratif (25 %).

Dans les deux premiers cas, les soins sont actuellement financés par dotation globale et le resteront au moins dans un premier temps. Dans le troisième, la facturation, actuellement à la journée, est indépendante de la lourdeur des cas.

Le risque est ainsi d'assister, compte tenu de la combinatoire des incitations actuelles et futures, à des effets diversifiés qui pourraient bien illustrer le point développé par J. Newhouse sur les effets de modes de paiement différents du même service dans des institutions différentes.

Dans le cas d'un hôpital public disposant de services de moyen séjour, il n'a guère d'intérêt à reporter des soins du secteur aigu vers le secteur des soins de suite et de réadaptation, car il n'en tirera pas de rémunération complémentaire (cependant les services de court séjour peuvent avoir intérêt individuellement à le faire afin d'apparaître comme plus productifs). En revanche, l'incitation existe dès lors que les structures existent à l'extérieur de l'hôpital ; dans la configuration actuelle, elle est d'ailleurs accentuée, pour les structures privées à but lucratif, par un mode de paiement qui financera les allongements de durées de séjour en soins de suite éventuellement générés par le raccourcissement des séjours en phase aiguë.

Il reste que la France a maintenu un régime d'autorisation d'activité (et de lits) assez strict et qu'on ne peut pas ouvrir librement des lits de suite et de réadaptation – pourtant quasiment partout saturés ; on peut penser que, même lorsque les soins de suite seront sous T2A, cette contrainte subsistera vraisemblablement. La pression au cours des prochaines années devrait tout de même s'exercer dans ce sens et la proposition de Newhouse d'établir un forfait intégrant soins aigus-soins de suite-hospitalisation à domicile s'imposera certainement, même si la faisabilité technique d'une telle opération reste indéterminée. Aujourd'hui, deux garde-fous sont prévus face à ce risque de déport vers les soins de suite : a) l'instauration vraisemblable de la T2A pour les soins de suite et pour l'hospitalisation à domicile, à partir de 2005 ou 2006 ; b) le maintien du principe de l'enveloppe globale hospitalière. Cela signifie que si l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier est dépassé (avec enveloppe unique pour les séjours de Médecine-Chirurgie-Obstétrique du public et du privé dès 2005), le régulateur pourrait imposer une baisse des tarifs.

3. L'actualisation des tarifs et la prise en compte des changements technologiques

Un troisième point développé par J. Newhouse concerne les difficultés pratiques à fixer des valeurs pertinentes pour les tarifs et à les actualiser correcte-

ment. La tarification au coût marginal, optimale en théorie, est peu praticable en réalité avec l'information disponible. Cette information est souvent datée. Dès lors, l'application d'une tarification évolutive, permettant d'engranger les bénéfices de l'innovation technologique, qu'elle conduise à des surcoûts mais avec des bénéfices médicaux, ou au contraire à des gains de productivité permettant des baisses de coût, est un enjeu majeur.

Ces réflexions revêtent à l'évidence un caractère très général et ces questions se posent dans les mêmes termes dans tous les contextes nationaux, y compris en France, et quel que soit le système d'allocation. Tout au plus peut-on dire que dans ce domaine, un avantage théorique existe dans les pays où les systèmes de santé sont assez fortement contrôlés car la puissance publique est en mesure d'obtenir de l'information auprès des offreurs. De fait, l'actualisation régulière des études de coût, une procédure de recueil d'informations sur l'innovation par les acteurs du système (fédérations, industriels, sociétés savantes) devraient permettre de suivre l'évolution du contenu des soins dispensés au cours des séjours et de prendre en compte les effets de l'innovation, sur le modèle des Programmes nationaux de soutien à l'innovation technologique diagnostique et thérapeutique.

Les expériences passées conduisent cependant à la prudence en ce qui concerne la capacité de mise à jour rapide des instruments de tarification, si l'on en juge par la nomenclature des actes, dont la refonte, par rapport à un schéma datant de 1972, aura attendu l'année 2004.

Là encore, l'expérience française diffère de l'expérience américaine par la situation antérieure à la mise en œuvre de la nouvelle tarification. Mais les conséquences sont ici plus ambiguës. En effet, on pourrait affirmer en première approche que la dotation globale, par son caractère rigide, ne favorisait aucune évolution technologique, progrès médicaux et/ou gains de productivité. C'est ce que mettent en évidence, dans le cas de l'infarctus du myocarde aigu (IMA), Delattre et al., 2002 : dans les hôpitaux publics français, la contrainte budgétaire a, semble-t-il, contribué à limiter le recours à l'angioplastie, de fait moins développée que dans les hôpitaux américains sous PPS. On ne peut dire si les hôpitaux publics français effectuent trop peu d'angioplasties et trop de pontages (peut être le budget global a-t-il en fait figé une situation technologiquement optimale), mais on peut affirmer avec certitude que, dans le cas de l'IMA, le budget global s'est montré plus restrictif à l'innovation que le PPS. Un autre point intéressant de cette étude sur l'IMA est que le PPS permet aux établissements de financer l'innovation dès lors que la classification des séjours inclut des cas de complications : c'est en augmentant la proportion de « complications » que les hôpitaux américains ont utilisé le PPS pour financer l'angioplastie. La dernière conclusion du travail de Delattre et al., 2002, est que le PPS, ainsi rendu souple, se situe dans une position intermédiaire entre le budget global (restrictif à l'innovation) et le paiement à l'acte du secteur privé français (très incitatif à l'innovation).

Cependant, cette conclusion empirique, obtenue dans le cas de l'IMA, ne peut être étendue à l'ensemble des soins hospitaliers. Globalement, le paiement forfaitaire très global de l'ancien système correspondant à un service très peu défini et spécifié, donnait en fait aux établissements une certaine marge de manœuvre pour l'innovation technologique. La traduction réglementaire de cet état de fait est que, s'il existe une nomenclature d'actes opposables dans le secteur privé, ce n'est pas le cas à l'hôpital public qui peut pratiquer des interventions innovantes. L'enjeu est de ne pas perdre cette souplesse relative dans le nouveau système.

La facturation en sus de certains médicaments et prothèses, onéreux, peut participer d'une réponse à la question de l'innovation, même si elle ne recoupe que partiellement cette problématique : en effet certains médicaments peuvent être onéreux et inégalement distribués entre patients d'un même GHS, sans pour autant être des innovations. Mais la rapidité de la mise à jour de la liste et de l'incorporation de nouveaux éléments constituent des éléments de réponse.

4. Les questions spécifiques au cas français

Avant la mise en place d'une T2A, du reste très progressive comparée à ce qu'avait fait Medicare en 1983, les autorités françaises avaient procédé à une expérimentation, sur quelques établissements volontaires, dotés d'une comptabilité analytique permettant de simuler l'impact d'un paiement prospectif sur leur budget. Il s'agissait à dire vrai davantage d'exercices de simulation que d'expérimentation à proprement parler. Il est intéressant de constater que, dans la présentation de ces travaux et des résultats attendus (Henriet (2002)), seule la question de la puissance du paiement est abordée, les problèmes du report sur d'autres prestataires ou du paiement de l'innovation n'étant pas considérés comme relevant des résultats attendus.

Une raison forte pour laquelle ces questions ne sont pas abordées est que la mise en place d'un paiement à l'activité dans le contexte français soulève d'autres questions, jugées, vraisemblablement, plus difficiles (ou, dont les conséquences seront plus dévastatrices).

En fait, comme le souligne Henriet (2002), le paiement prospectif n'apportera pas nécessairement de gain en efficience puisque le système français repose sur cette forme de paiement très prospective qu'est le budget global (pour le système public en tout cas). La faiblesse du gain d'efficience attendu est documentée par Delattre et al., 2002, qui soulignent, sur le cas de l'IMA, la faiblesse de l'hétérogénéité des coûts entre hôpitaux français, comparée à celle des hôpitaux américains

(ils soulignent aussi, du reste, que le PPS n'a pas tellement réduit cette hétérogénéité aux USA).

En matière d'équité de traitement des hôpitaux, en revanche, le paiement prospectif s'avère prometteur : en fait, la mise en place d'une grille nationale de rémunération permettra au régulateur de s'affranchir des paiements historiques qui répercutent les inégalités entre hôpitaux et apportera plus de transparence dans le traitement des hôpitaux. Henriet pousse cette logique à son point extrême en recommandant que les prix soient fixés par des mécanismes d'enchère renouvelés, ce qui permettrait de s'affranchir totalement de l'histoire des coûts (histoire moyenne ou histoire locale par établissement). Le problème est alors que, pour réaliser cet objectif d'équité, une condition nécessaire est l'autonomie financière des hôpitaux.

Dans le cas des hôpitaux publics, cela signifie, d'une manière ou d'une autre, le réaménagement profond du statut des personnels de la fonction publique hospitalière. On conçoit qu'il s'agit d'une différence notable avec l'expérience américaine. Du reste, cette problématique d'égalité de traitement introduit une autre variante importante avec l'expérience Medicare, à savoir la prise en compte explicite de la nécessité de service public dans le calcul des paiements prospectifs (la faiblesse de la densité de population desservie par un établissement serait ainsi considéré comme un handicap exogène de productivité, destiné à être compensé par le paiement, Henriet (2002)).

Dans le cas des hôpitaux privés, cela signifie une mise à plat des relations financières entre médecins et structures.

Références

- Coase, Ronald H. 1937. "The nature of the firm", *Economica*, 4, pp. 386-405.
- Delattre, Éric, Brigitte Dormont, Mark McClellan, Carine Milcent. 2002. « Système de tarification et évolutions de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis », in DREES éditeur, *La tarification à la pathologie – les leçons de l'expérience étrangère, actes du colloque de Paris, 7 et 8 juin 2001, Dossiers solidarité et santé, hors série*, La Documentation Française, Paris, juillet, pp. 39-52.
- Doussin, Anne et Michel Grignon. 2000. « Analyse de l'effet d'offre sur la durée de séjour », *Miméo CREDES*.
- Ellis, Randal P. 2002. « Les systèmes de tarification des hôpitaux aux Etats-Unis : généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles », in DREES éditeur, *La tarification à la pathologie – les leçons de l'expérience étrangère, actes du colloque de Paris, 7 et 8 juin 2001, Dossiers solidarité et santé, hors série*, La Documentation Française, Paris, juillet, pp. 29-38.
- Krasnik, Allan P. Groenwegen et Poul-A. Andersen. 1990. « Changing remuneration system : Effects on activity in general practice », *BMJ*, 300, pp. 1698-1701.
- Henriet, Dominique. 2002. « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France », in DREES éditeur, *La tarification à la pathologie – les leçons de l'expérience étrangère, actes du colloque de Paris, 7 et 8 juin 2001, Dossiers solidarité et santé, hors série*, La Documentation Française, Paris, juillet, pp. 21-28.
- Mc Clellan. 1997. "Hospital Reimbursement Incentives: An Empirical Analysis", *Journal of Economics & Management Strategy* 6(1), Spring, pp. 91-128.